

Crónica de una epidemia anunciada

En 1981, el escritor colombiano Gabriel García Márquez escribió la novela *Crónica de una Muerte Anunciada*, en la que narra la historia de Bayardo San Román y Ángela Vicario, quienes se casan en un pequeño y aislado pueblo en la costa del Caribe. La unión de estos personajes se deshace trágicamente, Ángela es golpeada y culpa a Santiago Nasar. Esto lleva al anuncio de la intención de dar muerte a Santiago por parte de los hermanos de Ángela (1).

En los meses pasados y también en el Caribe, pero no en tierra continental sino en las islas del Caribe, se presentó un nuevo virus en la región. Al igual que en la novela de García Márquez, podemos anticipar lo que sucederá en los tiempos futuros, aunque no los detalles. Es nuestra introducción al lector para su conocimiento del nuevo virus que se está extendiendo en América, el Virus Chikungunya.

El Virus Chikungunya es transmitido al hombre por vectores del género *Aedes*, los mismos que están involucrados en la transmisión del dengue. Los primeros datos sobre esta enfermedad se remontan a 1779, cuando se describieron epidemias clínicamente compatibles con esta enfermedad en la India y el sudeste de Asia. El virus fue aislado por primera vez en Tanzania en 1953, a partir del suero de un paciente febril, durante una epidemia considerada en aquel entonces como dengue (2).

La sintomatología que se presenta en la fiebre por Chikungunya es muy similar a la del dengue, lo que dificulta su diagnóstico en las regiones donde el dengue es prevalente.

El único dato clínico que sugiere una diferencia entre el dengue y la fiebre por Chikungunya es la mayor frecuencia de poliartralgias en esta última. Las articulaciones grandes y pequeñas son afectadas. También el eritema se presenta con mayor frecuencia en la fiebre por Chikungunya. Aunque los síntomas

desaparecen entre una y tres semanas, las manifestaciones articulares pueden reaparecer y durar semanas o meses.

El Virus Chikungunya pertenece a la familia *Togaviridae* y al género *alphavirus* y, dado que es transmitido por mosquitos, se clasifica como un arbovirus (3).

La enfermedad es poco conocida debido a que se mantuvo confinada al continente africano hasta que, en el 2004, una epidemia masiva se presentó en África oriental y se diseminó a varias islas del océano Índico. En la isla Reunión, 40 % de la población se enfermó en unos pocos meses. De ahí, el virus se ha seguido diseminando, a la India donde afectó a millones de personas y al sureste de Asia y algunas islas del Pacífico (4).

Se piensa que la masiva diseminación del virus se debe a recientes mutaciones en el virus que le permiten replicar eficientemente en los mosquitos *Aedes albopictus* (5).

La enfermedad se ha transmitido también a Europa en algunas regiones donde los vectores están presentes. En Italia, durante 2007, se enfermaron 217 personas, después de que un paciente llevó el virus desde la India (6).

Inicialmente, la mortalidad asociada a la enfermedad era muy baja; sin embargo, en epidemias en la Isla Reunión, en el océano Índico, ocurridas en 2005-2006, y en Malasia en 2008, se observó un incremento en la tasa de mortalidad asociada a la enfermedad (7).

En la actualidad, y en forma similar a lo que ocurre con el dengue, no existen medicamentos específicos para tratar la enfermedad. Únicamente se puede usar medicación para controlar la sintomatología. Tampoco existe ninguna vacuna en el comercio, aunque varios prospectos se están probando en varios sitios.

A mediados de diciembre de 2013, se detectó, por primera vez, la transmisión autóctona del Virus Chikungunya en las Américas. Desde

Farfán-Ale

entonces y hasta la semana epidemiológica (S.E.) 20 de 2014, el virus tiene transmisión autóctona en seis Estados Miembros y nueve territorios en la subregión del Caribe; Anguila, Antigua y Barbuda, Dominica, Guadalupe, Guayana Francesa, Haití, Islas Vírgenes Británicas, Martinica, República Dominicana, Saint Kitts y Nevis, San Bartolomé, San Martín, San Vicente y las Granadinas, Santa Lucía y Sint Maarten. El número de casos sospechosos y confirmados notificados hasta la S.E. 20 de 2014 a la OPS/OMS era de 61864 y 4356, respectivamente. También se habían reportado 13 fallecimientos (8-10).

Debido a que la fiebre por Chikungunya no se ha presentado anteriormente en América, toda la población es susceptible de padecer la enfermedad, ya que no se posee inmunidad.

La rápida diseminación del virus en el Caribe se debe a la falta de inmunidad en la población y a la abundancia del mosquito vector *Aedes aegypti*.

Desde 1979, el dengue se ha presentado en Yucatán todos los años, predominantemente durante la época de lluvias. En algunos años, el número de casos reportados ha sido mayor que en otros, debido a diversas circunstancias como la introducción de nuevos serotipos o la disminución de la inmunidad. Sin embargo, no ha habido año en el que la enfermedad no se transmita, debido a la abundancia de los mosquitos *Aedes aegypti* en la región.

Unas semanas atrás se reportaron los primeros casos de transmisión, ya no en el Caribe sino en el continente americano, particularmente en la Guayana Francesa (10).

Es de esperarse que, en los meses siguientes, el virus continúe su avance en más países del continente americano y que, eventualmente, afecte a la población de Yucatán. Por la experiencia de otros países, en donde la enfermedad se ha presentado, una vez que esta llega permanece en forma endémica. Con base

en lo anterior, es posible anticipar que en los futuros años los virus de dengue y Chikungunya cocirculen en la región.

Debido a que el virus se transmite en la misma forma que el dengue, es urgente extremar las medidas de prevención, particularmente reduciendo al máximo el número de criaderos potenciales.

Dr. José Arturo Farfán Ale
 Profesor Investigador Titular
 Laboratorio de Arbovirología
 Centro de Investigaciones Regionales
 "Dr. Hideyo Noguchi"
 Universidad Autónoma de Yucatán

REFERENCIAS

1. **García-Márquez G.** Crónica de una muerte anunciada. Oveja Negra Editor, Bogotá. 1985.
2. **Carey DE.** Chikungunya and dengue: a case of mistaken identity? *Journal of the history of medicine and allied sciences.* 1971;26(3):243-62.
3. **Powers AM.** Chikungunya. *Clinics in laboratory medicine.* 2010;30(1):209-19.
4. **Kariuki Njenga M, Nderitu L, Ledermann JP, Ndirangu A, Logue CH, Kelly CH, et al.** Tracking epidemic Chikungunya virus into the Indian Ocean from East Africa. *The Journal of general virology.* 2008;89(Pt 11):2754-60.
5. **Tsetsarkin KA, Vanlandingham DL, McGee CE, Higgs S.** A single mutation in chikungunya virus affects vector specificity and epidemic potential. *PLoS pathogens.* 2007;3(12):e201.
6. **Queyriaux B, Armengaud A, Jeannin C, Couturier E, Peloux-Petiot F.** Chikungunya in Europe. *Lancet.* 2008;371(9614):723-4.
7. **Josseran L, Paquet C, Zehgnoun A, Caillere N, Le Tertre A, Solet JL, et al.** Chikungunya disease outbreak, Reunion Island. *Emerging infectious diseases.* 2006;12(12):1994-5.
8. **Leparc-Goffart I, Nougairede A, Cassadou S, Prat C, de Lamballerie X.** Chikungunya in the Americas. *Lancet.* 2014;383(9916):514.
9. **Chikungunya--coming to America.** *Lancet.* 2014;383(9916):488.
10. **Fischer M, Staples JE,** Arboviral Diseases Branch NCFE, Zoonotic Infectious Diseases CDC. Notes from the field: chikungunya virus spreads in the Americas - Caribbean and South America, 2013-2014. *MMWR Morbidity and mortality weekly report.* 2014;63(22):500-1.